



Hyppig og tæt kontakt til patienter med ny hofte fremmer rehabilitering

Hørdam, Britta

Published in:
Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen (Online)

Publication date:
2014

Document version
Peer-review version

Citation for published version (APA):
Hørdam, B. (2014). Hyppig og tæt kontakt til patienter med ny hofte fremmer rehabilitering. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen (Online)*, 90(5), 17-27.

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <http://www.researchgate.net/publication/280684415>

Hyppig og tæt kontakt til hoftepatienter sikrer hurtigere og bedre rehabilitering til patienter med ny hofte

ARTICLE · SEPTEMBER 2014

1 AUTHOR:



Britta Hordam

University of Copenhagen - Denmark

31 PUBLICATIONS **5** CITATIONS

SEE PROFILE

Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen

90. årgang ■ Nr. 5 ■ September 2014



- Fokus og forenkling i Region H
- Region Midt styrer efter mere kvalitet
- Hoftepatienter hurtigere og bedre på benene
- RH sætter lyd på patientoplevelser



Dansk Selskab for ledelse
i Sundhedsvæsenet

Danish Health Care Journal

90. årgang 5/2014

Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen udgives af Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet. ISSN: 2245-7100.

Henvendelse om medlemsoptagelse i DSS og om ændringer i medlemsregistrering rettes til:

Sekretariatsleder Tove Krarup

Tlf.: 24 66 48 90 ■ E-mail: tovekrarup@mail.dk

Artikler til TFDS: Se forfattervejledning på www.dssnet.dk

Kommende deadlines:

Oktoberudgaven: 15.09.14

Novemberudgaven: 13.10.14

Decemberudgaven: 10.11.14

Redaktionsudvalg

Afdelingschef, cheflæge Hans Peder Graversen, formand

Kvalitet og Data, Region Midtjylland

Tlf.: 78 41 23 00 ■ E-mail: hangra@rm.dk

Cheflæge Paul D. Bartels, Faglig leder af

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

Tlf.: 87 28 49 70 ■ E-mail: paul.bartels@stab.rm.dk

Oversygeplejerske, MPM Bente Dam

Akutafdelingen Viborg, Hospitalsenheden Midt

Tlf.: 22 13 43 90 ■ E-mail: bente.dam@viborg.rm.dk

Vicedirektør Peter Mandrup Jensen

Nordsjællands Hospital

E-mail: peter.mandrup.jensen@regionh.dk

Adm. direktør Jens-Otto Skovgaard Jeppesen

Specialhospitalet FILADELFIA

Tlf.: 24 94 56 12 ■ E-mail: jesje@filadelfia.dk

Direktør Vagn Nielsen, Sundhedsstyrelsen

Tlf.: 72 22 76 01 ■ E-mail: vn@sst.dk

Jan Nielsen

Klinikchef, Aalborg Sygehus

E-mail: j.nielsen@rn.dk

Konsulent John Arne Sørensen

Tlf.: 30 28 46 25 ■ E-mail: johnarnesorensen@gmail.com

Redaktion

Afdelingschef, cheflæge Hans Peder Graversen

Kvalitet og Data, Region Midtjylland

Tlf.: 78 41 23 00 ■ E-mail: hangra@rm.dk

Journalist/redaktionssekretær Beth Werner

E-mail: freefyn@mail.tele.dk

Abonnement: Abonnement på TFDS oprettes på

www.dssnet.dk.

Pris: kr. 500,00 incl. moms for 8 årlige onlineudgaver.

Annoncer: Dansk Mediaforsyning ApS

Elkjærvej 19, stuen, 8230 Åbyhøj

Tlf. 70 22 40 88 ■ E-mail: oe@dmfnet.dk

Layout og produktion: ProGrafisk ApS ■ Tlf. 63 38 39 40

Forsidefoto: Tand-, mund- og kæbekirurgisk afdeling, Århus Universitetshospital er en af i alt ni afdelinger, der er udvalgt til at deltage i Region Midtjyllands projekt »Ny styring i et patientperspektiv«

Indholdsfortegnelse

■ Synspunkt

- Mere af det rigtige – frem for bare mere

Af Jens-Otto Skovgaard Jeppesen 3

■ Sundhedsvæsenet lige nu

- Fokus og forenkling fremfor kompleksitet og forvirring 4

Af Peter Mandrup Jensen

- Ny styring i et patientperspektiv. 12

Af Henriette Sørensen

- Hyppig og tæt kontakt til hoftepatienter sikrer hurtigere og bedre rehabilitering 17

Af Britta Hørdam, Niels Pedersen, Lene Nielsen, Ermela Dhimitri og Lars Hemmingsen

- »Teknikken virker ... Hvordan virker jeg?« 28

Af Morten Arnfred, Søren Boesgaard og Mette Rosendal Darmer

- De kommunale udfordringer i et sammenhængende sundhedsvæsen. 34

Af Mia Fruergaard, Christian Voigt Lund, Lars Tranholm og Lars Muusmann

- Et styrket sammenhængende sundhedsvæsen lyder flot, men 38

Af Jens-Otto Skovgaard Jeppesen, Jeanette Skjeldborg og Philip Rendtorff

Mere af det rigtige – frem for bare mere



Af Jens-Otto Skovgaard Jeppesen
Adm. direktør Epilepsihospitalet
Filadelfia
Medlem af redaktionsudvalget DSS

Regeringen lancerede et nyt udspil »Jo før – jo bedre« på sundhedsområdet til 5 mia. kr. – kun to måneder efter indgåelse af stramme nye økonomiaftaler med regioner og kommuner for 2015.

Positivt udspil har mange sagt – underlig zig-zag kurs har andre udtalt. Hvordan kan man indenfor så kort tid stramme kursen og sidenhen sætte nye penge af til sundhedsvæsenet?

Måske er det ikke så underligt endda. For andet år i træk har regeringen sat fokus på »sammenhæng i sundhedsvæsenet« tre år frem. Bedre kvalitet frem for flere behandlinger er

det nye mantra. Sundhedsvæsenets tre parter – praksis, sygehuse og kommuner – skal i fællesskab blive bedre til at sikre sammenhæng for den enkelte patient frem for at fungere som tre enkeltstående søjler.

Det er kernen i økonomiaftalerne, og i det nye udspil styrkes ikke mindst almen praksis og mennesker med kroniske lidelser. Så hvis regeringens reelle fortsæt er en fornyet kurs, hvor der er fokus på *mere af det rigtige – frem for bare mere*, så skal det hilses velkomment.

Fornyelse af kursen og større sammenhæng er da også det, som er den fælles overskrift i denne udgave. Regionsdirektør Hjalte Aaberg fortæller i et interview at Region Hovedstaden i gang med den helt store oprydning – 57 politikker skal gentænkes, forenkles og skabe grundlag for fornyelse.

Regionsrådet i Midtjylland har indført en anderledes styring af en række hospitalsafdelinger med kvalitet som styringsmål frem for øget aktivitet. I Region Sjælland viser et forskningsprojekt, at hyppig og systematisk kontakt til patienter fra den udskrivende afdeling er med til at

styrke rehabiliteringen efter hofteudskiftning. Rigshospitalet har fundet frem til at lydmontager hjælper de sundhedsprofessionelle indenfor hjer-teområdet til at se de ydelser, som leveres, med patienternes øjne – det synliggør vanens magt.

Fire artikler med fokus på patienterne – på overordnet niveau og mere konkret i den daglige indsats for patienterne. De sidste to artikler sætter fokus på sammenhæng på en anden måde. I den ene er budskabet behovet for at gå nye veje i stedet for den traditionelle tænkning i »dem og os«. Og sammenslutningen af specialsygehuse hæfter sig som en vigtig brik i sundhedsvæsenet på, at kronikere omfatter andre end dem, vi i almindelighed nævner – nemlig nogle af landets mest sårbare grupper, som er blandt de dyreste både for sundhedsvæsenet og for samfundet som helhed.

Et spændende nummer, som er værd at bruge tid på – god læselyst.

Gå til ledelsesbloggen på DSSnet

Fokus og forenkling fremfor kompleksitet og forvirring

Region Hovedstaden i gang med den helt store oprydning, der lægger op til store forandringer i regionens ledelsesarbejde

Af Peter Mandrup Jensen
Vicedirektør, Nordsjællands Hospital
og medlem af redaktionsudvalget,
DSS

Regionsrådet vedtog i foråret 2014 ny vision, mission, politiske målsætninger og strategiske indsatsområder for Region Hovedstaden. Regionsdirektør Hjalte Aaberg har under overskriften »Fokus og Forenkling« arbejdet med forberedelserne gennem det sidste år og lægger op til store forandringer i regionens ledelsesarbejde.

Hvad er egentlig kernen i den politiske vedtagelse i Regionsrådet den 8. april omkring vision, mission og strategi?

HAA: Der er flere kerner. Men en helt central kerne er at reflektere den fælles forståelse, både administrativt og politisk, at hvis man gerne vil sætte retning på så stort et skib som Region Hovedstaden, så nytter det ikke noget at tro, at man kan kæmpe sig igennem med et virvar af politikker, strategier og mål. Man skal være meget klar og meget enkel i sit budskab om, hvad det er for forventninger, vi har, og hvad vi vil.

Man kunne også sige at kernen er en grundlæggende tillidsdagsorden om åbenhed, tillid og helheds-syn. Vi sætter en meget klar retning, men giver også et stort ledelsesrum. Så der er også lidt »ret og pligt«.


Vi vedkender, både politisk og

administrativt, at vi har nok snøret hinanden ind i alt for mange regler og rammer, der hver især tjener fine formål, men det er bare blevet alt for meget af det gode, og vi kan snart ikke se skoven for bare træer. Så vi skal have ryddet op.

Top-down under stor åbenhed

Processen frem mod den politiske vedtagelse har kørt et lille år – og meget top-down?

HAA: Jo, det er fair at sige det. Det er i hvert fald top-down i den forstand, at det er ledelsesmæssigt initieret, og det er ledelsesmæssigt, vi har gjort os de første tanker. Der har dog i processen været involveret en række nøglechefer og nøglemedarbejdere, og der er sket en løbende orientering af vores

A portrait of Hjalte Aberg, a middle-aged man with a shaved head, smiling. He is wearing a dark suit jacket over a blue and white checkered shirt. He is seated, with his hands resting on his lap. The background is a blurred abstract painting with warm tones of orange, yellow, and brown. A small blue rectangular graphic is in the top right corner.

– Vi skal have ryddet op i de enorme mængder af plan- og administrationsgrundlag, vi har i dag. Der er jo ikke nogen, der kan finde rundt i 57 politikker og strategier, understreger Hjalte Aberg.

MED-system. Men igangsætningen har været top-down med tydelig styring af, hvilken overordnet retning vi går i.

Hospitalsdirektørerne har været meget inde i varmen, men diskussionen er ikke kommet ret meget længere ned i hierarkiet i første del af processen?

HAA: Det er rigtigt, og afdelingsledelserne føler formentlig ikke endnu et bredt medansvar. Vi har dog haft meget stor åbenhed om, at arbejdet foregik: man har kunnet læse om det på nettet, og der er direktører, der har delt materialet med deres ledere og nøglepersoner.

Du har ikke fået kritik fra fx MED-systemet i forhold til at være for lidt med indtil nu?

HAA: Overhovedet ikke. Vi har orienteret om arbejdet flere gange, og jeg oplever, at der har været en grundlæggende anerkendelse af, at det er et meget behjertet forsøg på at gøre vores mål og opgaver lidt skarpere, klarere og enklere. Fokuseret og forenklet. Det har man

grundlæggende kvitteret for, og den strategiske indsats der handler om *Sikring af medarbejderressourcer* har vi haft et helt MED-træf om. Så der har faktisk været mange involveret i delprocesser undervejs.

Ikke gangbart med 57 politikker om alt muligt

Timing i forhold til det nye Regionsråd har været vigtig i forhold til processen?

HAA: Meget vigtig. For det første skulle vi forberede arbejdet og processen ordentligt. For det andet passede det fint med at vise respekt for det daværende Regionsråds sidste år og afslutningen af deres arbejde. Og for det tredje var det vigtigt at være klar fra dag ét, når det nye Regionsråd tiltrådte.

Det nye råd kunne bide til bolle allerede efter tre måneder. Vi fik godkendt rammerne omkring visionen og de politiske mål i april, og driftsmålstyringskonceptet vedtog de i juni måned. Så vi har taget den over et par gange, men nu har vi næsten det hele på plads.

En ambition var at få »politikkerne tilbage på broen«, men det betyder vel, at de ikke har været på broen et stykke tid?

HAA: Jeg tror, de både har været på broen og i maskinrummet, og at vores politikere har fokuseret på mange forskellige emner – alt efter hvad der har været oppe af sager, hvad der har været af nationale, politiske strømninger, og hvad der har været pressehistorier.

Man har på en måde ladet sig køre lidt rundt, og det har medvirket til, at man politisk har vedtaget mål, politikker og strategier i et omfang, så systemet grundlæggende blev resistent. Der var så meget at forholde sig til, at ingen kunne forholde sig til det hele. Det er det samme, vi siger til det nye regionsråd: Når I skal gøre en forskel, og det vil vi faktisk rigtig gerne have, at I gør, for vi ved godt, at vi er en del af en demokratisk styret, politisk organisation, så nytter det ikke noget, at vi har 57 politikker på alle mulige områder, for det er vi simpelthen ikke i stand til at implementere i organisationen på en tilfredsstillende måde.

Fokus & Forenkling - strategikort

Vision

Hovedstadsregionen er den grønne og innovative metropol med høj vækst og livskvalitet, samt et sammenhængende sundhedsvæsen på internationalt topniveau

Mission

Vi står for behandling, uddannelse og forskning inden for borgernes sundhedsvæsen, og sammen med andre udvikler vi hovedstadsregionen, hvor vi har særlige opgaver, inden for miljø, trafik, erhverv, uddannelse og det sociale område

Politiske målsætninger

Patientens situation styrer forløbet

Høj faglig kvalitet

Ekspan­sive vidensmiljøer

Grøn og innovativ metropol

Strategikort

Perspektiver	Strategiske indsatsområder			
Brugere, borgere og samarbejds partnere	Sammenhængende patientforløb	Ventet og velkommen	Forskning og samarbejde	Regional vækst og udviklings strategi
Kvalitet	Sundhedsplatform	Lighed i sundhed		
Økonomi og aktivitet	Effektivisering	Hospitalsbyggerier	Miljørigtig drift og udvikling	
Medarbejdere og ledere	Sikring af medarbejderressourcer			

Driftsmålstyring

Målepunkter	Sundhed	Regional Udvikling	Det Sociale Område
Tilfredshed	Målepunkt	Målepunkt	Målepunkt
Levering	Målepunkt	Målepunkt	Målepunkt
Kvalitet	Målepunkt	Målepunkt	Målepunkt
Medarbejdere og ledere	Målepunkt	Målepunkt	Målepunkt
Produktivitet	Målepunkt	Målepunkt	Målepunkt

Plan og administrationsgrundlag

Hver enkelt kerneydelse en del af den store historie

Tænk du ikke, at den samlede tegning af mission, vision, mål og strategier kompliceres af, at den skal dække alle regionens tre hovedopgaver: sundhed, regional udvikling og socialområdet?

HAA: Jo, lidt mere komplekst, men vi tænker, at de forskellige områder kan være med til at befrugte hinanden. Sundhedsområdet skal være med til at angive retning og udvikling på det regionale udviklingsområde – fx ved at sige, at når vi har al farma-industri koncentreret i hovedstadsområdet, så skal vi være gode til at sikre vækst og udvikling også på det område.

Omvendt skal det regionale udviklingsområde være med til at understøtte sundhedsområdet, for hvis vi har *life science-klynge nummer ét* i regionen, hvordan kan det så være med til at understøtte nogle af de ting, vi udvikler i forhold til vores kerneydelser?

På den måde bliver det lidt mere komplekst, men min fornemmelse er, at det også er med til at gøre det lidt mere spændende. Da vi

første gang indkaldte de 360 topledere i Region Hovedstaden og fortalte dem om arbejdet, var det mit indtryk, at folk faktisk blev lidt høje af at se, at deres kerneydelse var en del af en historie af noget, der var lidt større, end de troede. Der er noget energi i at se sig selv som en del af en hovedstadsmetropol. Jeg tror, det rammer noget fundamentalt i os allesammen, som handler om, at vi gerne vil arbejde med noget meningsfuldt og bidrage til nogle processer, der rent faktisk skaber en lidt bedre verden.

Lokal indflydelse og lokal forpligtelse

I en virksomhed af Region Hovedstadens størrelse er der vel et skisma mellem hvad, der skal være fælles og hvad, der skal være lokalt? Der er defineret ti strategiske indsatsområder, som skal medvirke til at leve op til de politiske målsætninger og realisere visioner, mission og ambitioner. Hvad er graden af lokal indflydelse på de strategiske indsatsområder? Hvor meget må et hospital selv bestemme?

HAA: Under hver indsatsbeskrivelse ligger en veldefineret lokal, forpligtelse. Fx sundhedsplatformen, som er en af vores helt store satsninger: Man kan ikke vælge til eller fra, men man kan time sin indsats alt efter projektets plan for implementering.

Lad os tage sammenhængende patientforløb, hvor vi har udpeget to konkrete patientforløb, som er de første der skal optimeres. Det vil jo ramme nogle hospitaler og afdelinger, men langt fra alle i første omgang. Så kan man vælge som hospital at sige, at vi vil faktisk godt stå lidt mere på tæer i fx sammenhængende patientforløb, så det gør vi noget mere af hos os. Det vil jeg synes er pragtfuldt.

På den måde er prioriteringen mellem de strategiske indsatsområder et aktivt ledelsesredskab, hvor vi på koncernniveau med involvering af alle direktørerne beslutter, at de ting, vi har aftalt med hinanden, dem står vi alle sammen på mål for.

Derfor er det også helt afgørende for mig, at *Fokus og forenkling* er blevet til i en ekstremt tæt

dialog med hospitalsdirektørerne, der hver især har været projektere på de forskellige dele. Direktørkredsen er delagtiggjort på en helt anden måde, end vi gjorde, da jeg kom for 1½ år siden. Så kredsen er blevet det ledelsesmæssige omdrejningspunkt for koncernen – mere end en snæver koncerndirektion.

Der skal ryddes op i alt

Du har valgt overskriften Fokus og forenkling som en samlet overskrift for arbejdet med strategi, mål etc. Hvorfor det?

HAA: Lige som andre store koncerner – og jeg gætter på de andre regioner kunne have de samme udfordringer – har vi en udfordring med at definere retning og ambitioner på en enkel måde, men også med at skabe overblik gennem at rydde op. Kunne man ikke forestille sig, at vi brugte de fire tværgående perspektiver, der ligger i strategien, til at sige at vi har én bruger/borgerpolitik, én kvalitetspolitik, én ressourcepolitik og én personalepolitik?

Vi samler billedligt talt alt vores gøgemøg sammen, brænder 85 pct.



VI VIL HAVE EN MERE FOKUSERET OG FORENKLET RETNING FOR REGION HOVEDSTADEN

Hovedstadsregionen skal stå stærkt i borgernes bevidsthed. Patienterne skal opleve regionen som én enhed – ét hospital. Vores indsats for borgere, brugere og samarbejdspartnere skal være fokuseret. De skal opleve, at vi er til for dem. Vi vil gøre en forskel for borgerne. Vi vil gøre det så enkelt som muligt for vores medarbejdere at løse deres opgaver. Fokus og forenkling skal være det mantra vi arbejder efter til gavn og glæde for både borgerne og os selv.

Vi er gået i gang med at rydde op i regionale politikker, strategier og handleplaner, og vi bygger en enkel, klar og tydelig retning op i en simpel styringsmodel.

Jeg er sammen med vores politikere og direktører klar til at gå foran for, at vi sammen kan skabe markante resultater. Men vi kan ikke gøre det alene. Det kræver en ændret adfærd af os alle – ledere og medarbejdere. Fokus og forenkling skal gennemsyre vores arbejde, og vi skal hele tiden vurdere, hvordan vi bruger vores ressourcer bedst i alt vores arbejde.

Se mere på <http://regi/fokusogforenkling>

Venlig hilsen
Hjalte Aaberg, regionsdirektør

RegionH Design · design@regionh.dk · 2014

Essensen i Fokus & Forenkling kan koges ret meget ind – her i postkort-tekst.

af det af og skriver med enkle, klare principper, hvad det er vi vil inden for de fire perspektiver. Altså får ryddet op i de enorme mængder af plan- og administrationsgrundlag vi har i dag. For der er ikke nogen, der kan finde rundt i 57 politikker og strategier!

Det bliver nok den største øvelse, vi har sat os selv på i denne her omgang. Jeg gætter på, at det tager et år eller halvandet. Men i forenklingsprocessen er der et ekstremt vigtigt ledelsesperspektiv, for det er både med til at manifestere den mere tillidsbårne

tilgang – få politikker frem for et hav af retningslinjer – og samtidig vil vi på en mere forpligtende måde være ét sammenhængende hospitalstilbud. Jeg gider ikke høre flere dårlige bemærkninger om hinanden på tværs af de forskellige hospitaler – som »Når du har fået lavet en blodprøve dér, så må du hellere få lavet den om, for de er ikke for kvikke.«

Vi skal derfor også bruge *Fokus og forenkling* til at få skabt en mere samlet organisation. I øvrigt er min egen erkendelse i processen – banalt, men vigtigt – at det i grunden er ret simpelt. Sværere er det jo heller ikke, vel? Eller sagt på en anden måde: Det er ikke svært, når man har fundet ud af, hvordan man gør det, men det kan godt være svært at finde derhen.

Hvorfor gør vi, som vi gør?

Har der været ting, der har været uventet svære i denne proces? Politisk eller administrativt?

HAA: Jeg er oprigtigt duperet og synes, at vores politiske system har været fuldstændig fortryllende i denne proces. De har set menin-

gen superhurtigt, og de har kastet sig positivt ind i det. Det er guld værd for en koncern som vores, at vi har et Regionsråd, der rent faktisk kan se perspektivet og hjælpe os med at udvikle det og tilpasse det på en måde, som også er alignet med deres egne forestillinger.

Der, hvor det måske har været overraskende svært, er, hvor lang tid vi har skulle bruge på at identificere effektindikatorer. Specielt på kvalitetsområdet har vi krabbet meget omkring.

Jeg tænker, at det er udtryk for to ting: Den ene er, at det generelt kan være vanskeligt at tænke i effekter – altså at overveje, hvad er egentlig formålet med det, vi gør, og hvad skal vi have ud af det i den sidste ende. Hvad enten vi er bureaukrater eller klinikere – vi glemmer sgu tit at tænke sådan.

Den anden er, at lige akkurat på kvalitetsområdet er vi måske også for alvor på vej ind i et paradigmeskifte i forhold til, hvordan man sikrer kvalitet i sundhedssektoren. Så det er måske den anden grund til, at det har været lidt svært og bøvlet.

Næste generation af kvalitetsarbejdet venter

Nu har vi brugt 5-10 år på akkreditering – og nået gode resultater?

HAA: Ja, bestemt.

Og det skal nu justeres eller vendes på hovedet?

HAA: Vi skal over i næste generation af kvalitetsarbejdet, kan man måske sige. Man står altid på skuldrene af det, der var før, og jeg er ikke i tvivl om, at akkrediteringsarbejdet på mange ledder og kanter været har med til at løfte kvaliteten i sundhedssektoren.

Men det er slående, hvor stor en befrielse det bliver betragtet som i organisationen, når vi siger, at nu starter vi i hvert fald med at droppe JCI (Joint Commission International)-akkrediteringen, så vi ikke har to modeller.

Det kan folk ude på lægterne forstå og kvitterer for, og jeg tror, at de fleste er meget tilfredse med, at vi vil arbejde med nogle færre, klart definerede effektmål.

Øget standardisering og bedre kobling til datadrevet ledelse er de to ting, jeg tænker skal være ho-

vedmotoren i udviklingen af kvalitetsarbejdet fremadrettet.

Fælles tankesæt i regionerne

Har du på fornemmelsen, at de øvrige regioner har fat i nogen af de samme ting, som du har?

HAA: Ja, det har jeg. Mit indtryk er dog, at de ikke er så »rabiater« som os, men det kan også være, at vi har mere at rydde op i, end de har.

Fx er Region Sjælland foran os i forbindelse med kvalitetsindikatorerne og har været i gang 1½ års tid, tror jeg, med at arbejde med tidstro data vedrørende uventede dødsfald og akutte genindlæggelser, som er deres effektindikatorer.

På et regionsdirektørmøde for nylig fortalte de jyske regioner om diskussioner, der fandt sted for 6-8 år siden om nogle enkle effektmål, hvor Østdanmark på det tidspunkt var mere båret af akkrediteringstanken og JCI. Så på nogle måder tænker jyderne i dag måske bare:

»Nå, endelig forstod de det i Region Hovedstaden«.

Jeg synes, at der hvor vi gør en ekstra indsats, er, at vi virkelig får trukket det hele sammen, får det ned på én side og får ryddet op i alt. Det er det store greb. Hertil har vi så politisk opbakning og vilje til at støtte processen, og her tror jeg, vi har et forspring med vores Regionsråd.

En mærkbar forskel kræver at alle spytter i kassen

Hvordan kan du nu drive processen videre?

HAA: Vi skal alle sammen bidrage til *Fokus og forenkling*. Vores politikere gør det, og vi prøver at gøre det i koncernledelsen, men ledelsen af vores afdelinger og klinikker og den enkelte medarbejder og de faglige organisationer skal også tænke: Hvordan kan vi bidrage mere til fokus og forenkling – frem for kompleksitet og forvirring?

Jeg vil fx også udfordre de faglige organisationer: Hvad er det egentlig for nogle overenskomster og aftaler, vi laver med hinanden? Gør det det nemmere eller sværere at udleve tillidsdagsordenen? Skal vi have en Facebook-politik, bare fordi der er to, der har haft en dårlig oplevelse på Facebook? Skal vi ikke i den enkelte klinik overveje, om vi bør producere en lokal vejledning, når der ligger en national vejledning. Hvorfor skal vi have forskellige operationsbakker? Det er næppe særligt forenkende.

Så det er alle, der skal tænke sig ind i projektet og ville det. Hvis vi om to år skal kunne se, at det gjorde en forskel, så kræver det, at *alle* spytter i kassen. For hvis det kun er politikerne, eller kun er den øverste ledelse, så vil man simpelthen ikke kunne mærke en forskel, der er værd at snakke om. Vi rykker os kun tilstrækkeligt, hvis vi er mange, der både tør og vil.



Annonce i Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen?

Er du/I interesserede i at blive set, så kontakt Dansk Mediaforsyning ApS på telefon 70 22 40 88

Ny styring i et patientperspektiv

Region Midtjylland går nye veje,
når det gælder styringen af det danske sundhedsvæsen

Af Henriette Sørensen

Regionsrådet i Region Midtjylland besluttede den 29. januar 2014 at indføre en anden styring af en række hospitalsafdelinger. I stedet for at styre efter aktivitet målt ved DRG-værdi, skal man fremover styre efter mere kvalitet. Projektet Ny styring i et patientperspektiv skal bidrage til at udbygge styringen hen imod et sundhedsvæsen, hvor mere sundhed for pengene og på patientens præmisser gør sig gældende.

Region Midtjylland arbejder i øjeblikket med et projekt, hvor man undersøger, hvilke mål der kan være med til at understøtte, at sundhedsvæsenet leverer mest mulig

sundhed for pengene, forstået som forbedringer i befolkningens sundhedstilstand, høj patientoplevelt kvalitet og lave udgifter per borger. I projektet tilsidesættes styringen efter DRG-værdien.

Den traditionelle aktivitetsstyring har nogle uheldige incitamenter i sig. Blandt andet kan dårlig kvalitet nogle gange betale sig, idet komplikationer, unødige reoperationer, forebyggelige genindlæggelser, lange ambulante patientforløb indregnes i DRG-værdien.

Hvis målet er at få en incitamentsstruktur, som sikrer en adfærd hvor man opnår mere sundhed for pengene, bør fokus være på styringsmodeller, der understøtter den udvikling.

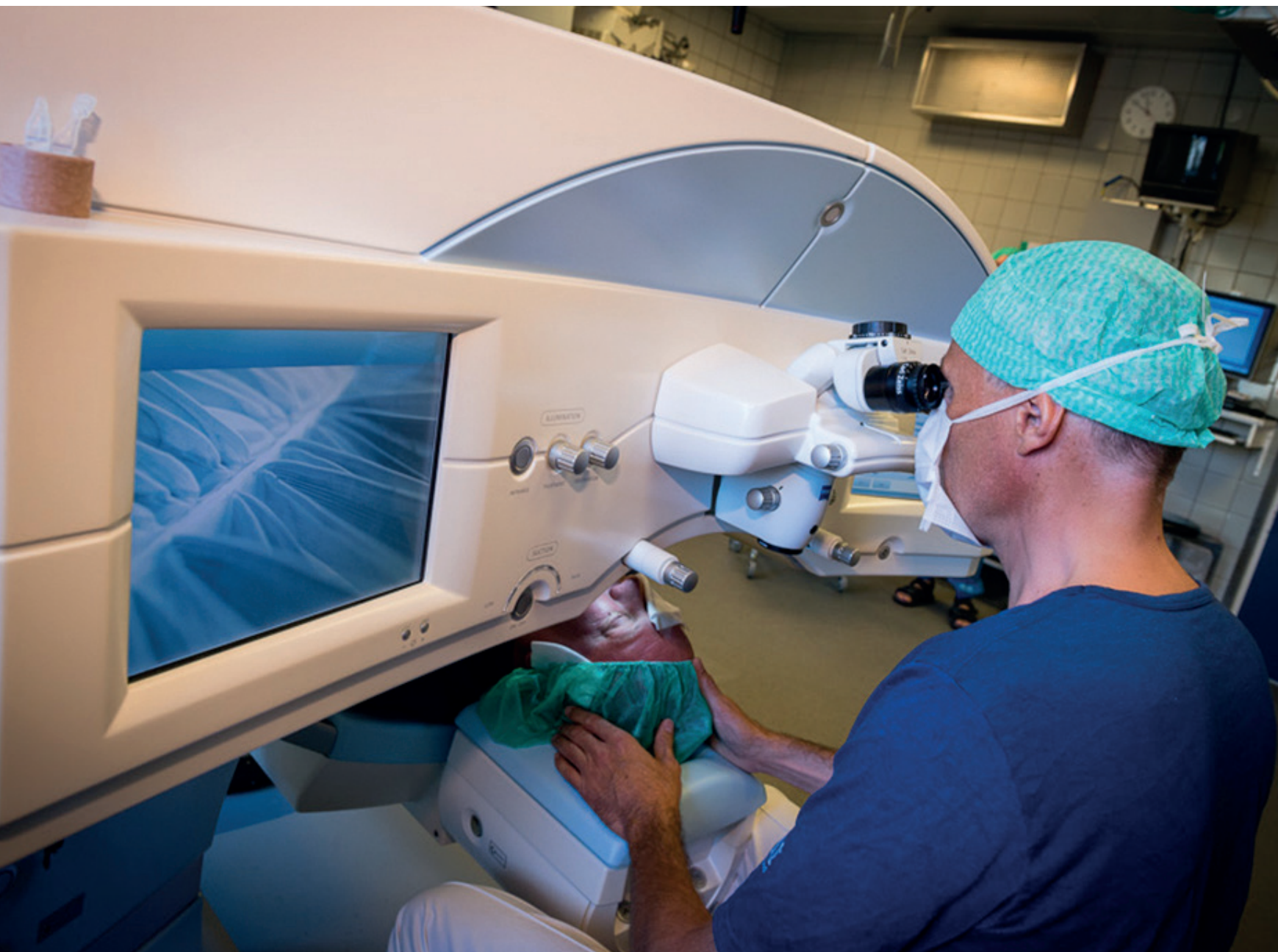
I projekt Ny styring i et patientperspektiv skal en række afdelinger

i Region Midtjylland derfor ikke længere styre efter DRG-værdien, men i stedet rette fokus på at udvikle en række patientnære mål, der giver mere sundhed for pengene for patienterne.

”

Det er rigtig spændende for os ikke at skulle tænke i DRG, men i hvad der er bedst for patienten. Vi glæder os til at skulle se bort fra de incitamenter, der ligger i DRG-systemet. Jeg synes, at der forud har været en god proces, hvor ikke mindst de udvalgte afdelinger med deres viden har været med til at sætte målene.

Eva Sejersdal Knudsen, centerchef
ved Aarhus Universitetshospitals
Hoved-Neuro Center



De udvalgte afdelinger

I Ny styring i et patientperspektiv indgår ni af Region Midtjyllands afdelinger. De skal arbejde med at udvikle mål, der giver mest mulig sundhed for pengene. Afdelingerne skal i løbet af den toårige projektperiode – 2014 og 2015 – ikke længere fokusere på DRG-værdi, men i stedet på, hvad der er bedst for patienten.

Alle fem hospitaler i Region Midtjylland er repræsenteret i projektet og der er i valget af afdelinger taget hensyn til, at der er så bredt et spænd i de sundhedsfaglige specialer som muligt.

Rammerne for Ny styring i et patientperspektiv

De ni afdelinger der indgår i projektet vil i løbet af de næste to år arbejde med at udvikle mål der kan være med til at give mere sundhed for pengene – på patientens præmisser.

Samtidig med dette skal afdelingerne dog fortsat arbejde indenfor de aftaler der er truffet i budgettet i Region Midtjylland – bortset fra DRG-værdien. Dermed sagt at afdelingerne fremadrettet også skal overholde deres budgetter, de skal leve op til de kvalitets- og service-

mål som regionen har indført i budgettet fra og med Budget 2014. Der til er en betingelse for projektet, at afdelingerne fastholder antallet af unikke CPR-numre som en styringsparameter.

Udover de aftaler der er indgået i budgettet, har de ni afdelinger selv deltaget i arbejdet med at formulere en række patientnære mål, der skal give mere sundhed for pengene for deres patienter.

Selvvalgte mål

I løbet af vinteren 2013 afholdt administrationen i Region Midtjylland en række møder med de ni afdelinger. På møderne blev afdelingerne spurgt om, hvad de som fagpersoner mente, ville give mere sundhed for pengene for deres patienter. En opgave der ikke er simpel, men som afdelingerne ikke desto mindre gik entusiastisk til.

Arbejdet resulterede i en lang bruttoliste af mål, der blev præsenteret for Regionsrådet den 29. januar, hvor Ny styring i et patientperspektiv blev godkendt. Målene er operationelle for afdelingerne selv, så der kan styres efter målene.

! Afdelinger der indgår i projektet

- Medicinsk afdeling, Regionshospitalet Horsens
- Akutafdelingen, Hospitalsenheden Vest
- Ortopædkirurgisk afdeling, Regionshospitalet Randers
- Diagnostisk Center, Hospitalsenhed Midt
- Hoved-Neuro Centret:
 - Neurologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital
 - Neurokirurgisk afdeling, Aarhus Universitetshospital
 - Tand-, mund- og kæbekirurgisk afdeling, Aarhus Universitetshospital
 - Øre-, næse- og halsafdelingen, Aarhus Universitetshospital
 - Øjenafdelingen, Aarhus Universitetshospital

Dermed bidrager de enkelte mål samlet set til regionens overordnede mål om mere sundhed for pengene.

”

Det bliver rigtig spændende at fokusere på kvalitet for patienten. Det kommer til at påvirke nogle af vores arbejdsgange, hvor vi skal tænke anderledes. Måske skal vi ikke så automatisk kalde ind til kontrol, men lade patientens behov styre, bruge ambulatorier, tilrettelægge anderledes og med mere hensyntagen til patienten, klare mere i dagkirurgi. Der er flere ting, vi skal prøve af – og så skal vi sammenligne med de data, vi allerede har for patientkvalitet og -tilfredshed.

Karin Lambertsen, ledende overlæge på Øre-, Næse- og Halsafdelingen ved Aarhus Universitetshospital

Fremadrettet

Der arbejdes i øjeblikket videre med målene rundt omkring på afdelingerne og første devaluering af Ny styring i et patientperspektiv skal



Om forfatteren



Henriette Sørensen

Cand. scient.pol.

AC-fuldmægtig, Aktivitet og Økonomi.

Koncernøkonomi, Region Midtjylland.

Henriette.Soerensen@stab.rm.dk

præsenteres for Regionsrådet i løbet af efteråret 2014.

De kommende år bliver spændende at følge og det er ikke en lille opgave afdelingerne har påtaget sig. Der skal løbende arbejdes med at ændre adfærd og kultur på afdelingerne.

Derudover skal afdelingerne forholde sig til, hvordan ændringerne påvirker patienternes oplevelse og om de valgte mål skal videreudvikles, ændres eller eventuelt udgå og erstattes af andre mål, der er bedre egnede til at styre efter, så man opnår mere sundhed for pengene.



Links

Referat af regionsrådsmødet d. 29. januar 2014:

http://www.rm.dk/politik/regionsr%C3%A5dets+m%C3%B8der/visdagsorden?file=29-01-2014/Aaben_dagsorden/dagsorden.xml&Dag=1#Punkt35517

Nyt styringssystem – Vi glæder os, Midt info, 29. januar 2014.



Hyppig og tæt kontakt til hoftepatienter sikrer hurtigere og bedre rehabilitering

– viser forskningsprojekt fra Ortopædkirurgisk afdeling, Næstved Sygehus

Af Britta Hørdam, Niels Pedersen, Lene Nielsen, Ermela Dhmitri og Lars Hemmingsen

Flere og flere ældre får i dag indopereret en ny hofte som følge af slidgigt. Det er en operation, der kræver forberedelse, vejledning og ikke mindst rehabilitering. Og lige netop med hensyn til rehabilitering viser en ny undersøgelse, at patienter, der kontaktes af sygeplejersker fra den udskrivende afdeling hhv. en, tre og syv uger efter operation for opfølgning og vejledning, oplever forbedret rehabilitering.

De markante resultater dokumenteres i et forskningsprojekt, gennemført ved Ortopædkirurgisk afdeling, Næstved Sygehus i perioden januar 2010 til september 2013. Formålet med projektet har været at undersøge, hvor hurtigt og hvordan intervention kan understøtte patienters rehabilitering efter en hofteoperation.

Forskningsprojektet blev gennemført som et klinisk kontrolleret forsøg med deltagelse af 260 patienter, som tilfældigt blev fordelt i en interventions- og kontrolgruppe med lige mange i hver.

Interventionen bestod i at kontakte patienterne en, tre og syv

uger efter operation og understøtte rehabiliteringsforløbet telefonisk i eget hjem i første uge, face-to-face i uge tre og igen telefonisk i uge syv. Til interventionen blev anvendt en semistruktureret interviewguide med både kvantitative og kvalitative spørgsmål (Boolsen, 2006, 2008) relateret til patienternes selvvaluerede helbredsstatus og -oplevelser i rehabiliteringsforløbet (Hørdam og Pedersen, 2009).

Alle patienter udfyldte et spørgeskema inden operation og igen tre, seks, ni og 12 måneder efter operation.

Det er velundersøgt, at patienter over tid opnår forbedret fysisk funk-

tion og gangfunktion samt smerte-reduktion efter en hofteoperation. (Hørdam og Pedersen, m.fl. 2008, 2009).

Men dette forskningsprojekt viser, at fremgangen kan opnås relativt hurtigt, dvs. efter ca. syv uger, med hyppig og opfølgende patientkontakt fra sygeplejersker fra den udskrivende afdeling.

Modsvarende var patienterne i kontrolgruppen ni måneder om at nå samme scores, når det gjaldt den selvvaluerede helbredsstatus, reduktion i symptomer som smerter, ødemer og søvnbesvær.

Aldersfordelingen (figur 1) er koncentreret markant for patienter mellem 60-79 år, hvilket er en faldende tendens, idet tidligere undersøgelser har vist en gennemsnitsalder >75 år (Hørdam, 2008). Gennemsnitsalder i dette studie er for interventionsgruppen 67 år og for kontrolgruppen 68 år (figur 2). De ældste patienter kan få ny hofte på lige fod med de øvrige patienter, når de er visiteret som egnet til hofteoperation af en læge.

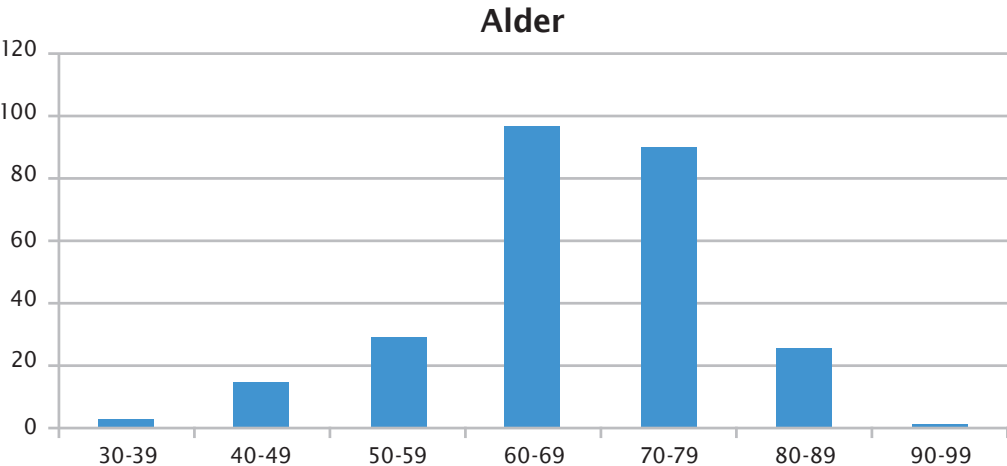
Alderen er ikke en kontraindikation for ny hofte. En engelsk under-

søgelse viser, at 26 patienter over 90 år (gennemsnitsalder 93 år), som fik ny hofte og blev fulgt i 33 måneder efter operationen, rapporterede om fysiske forbedringer, reduceret forbrug af smertestillende medicin, forbedret livskvalitet og høj tilfredshed med forløbet (Velpula, 2013).

Lidt overraskende er der flere

mænd i dette studie i interventionsgruppen end i kontrolgruppen, men det sker, når patienterne fordeles tilfældigt ved lodtrækning.

Der er flere kvinder end mænd generelt i denne aldersgruppe, hvilket også ses i antal i kontrolgruppen (www.statistikbanken.dk)



Figur 1: Aldersfordeling

Alders- og kønsfordeling	Intervention (n=130)	Kontrol (n=122)
Mænd	51% (66)	38% (47)
Kvinder	49% (64)	62% (75)
Alder (median og interval) år	67 (37-86)	68 (25-96)

Figur 2: Alder og køn fordelt på interventions- og kontrolgruppe

Antal patienter der indgår i undersøgelsen	Procent (antal)
Ved forundersøgelse på sygehus	100 % (260)
3 måneders opfølgning	94 % (244)
6 måneders opfølgning	92 % (239)
9 måneders opfølgning	91 % (236)
12 måneders opfølgning	89 % (230)

Figur 3

Deltagelse i hele projektforløbet med spørgeskemaundersøgelsen SF-36 (figur 3)

Undersøgelsens gennemførselsprocent er tilfredsstillende, fordi patienter ofte, når de er færdige med behandling, ikke altid tillægger det betydning fortsat at deltage i opfølgende spørgeskemaundersøgelser i et år efter en operation. De patienter, der ikke svarede efter 12 måneder, de adskiller sig fra hele gruppen ved at være yngre og i arbejde.

Selvvurderet helbredsstatus

Selvvurderet helbredsstatus blev målt ved hjælp af spørgeskema SF-36.

SF-36 er et generisk spørgeskema, der kan bruges face to face,

telefonisk eller postomdelt. Der kan suppleres med spørgsmål som køn, alder, bolig, netværk og erhverv.

Patienterne udfylder selv SF-36 spørgeskema i denne undersøgelse. Parametrene består af følgende 8 områder: Dysfunktion: fysisk funktion, fysisk betingede begrænsninger, smerter, energi/træthed, social funktion. Alment helbred: psykisk betingede begrænsninger, psykisk velbefindende, generelt helbred (Bjørner et al., 1997).

SF-36 er et meget anvendt spørgeskema til måling af selvvurderet helbredsstatus i de vestlige lande, der findes en manual på dansk (Bjørner et al., 1997). Hvert spørgsmål, der besvares i SF-36 ved afkrydsning overføres efterfølgende

til en skala, der har en værdi fra 0 (laveste score) til 100 (bedste score). Styrken ved SF-36 er, at det kan anvendes til flere aldersgrupper, det kan give en oversigt over deltagernes egenomsorgskapacitet og handlinger knyttet til daglige aktiviteter, der har betydning for helbredet hos personer på tværs af alder, diagnoser og behandling.

SF-36 er velegnet til at kunne vise generelle helbredsafvigelser i forhold til almenbefolkningen samt vurdere behandlingseffekt og sammenligne befolkningsgrupper indbyrdes. SF-36 viser, hvordan patienter selv vurderer deres helbred positivt og negativt. Aspekter der er væsentlige som afsæt for effekten af nye interventionsformer.

Intervention

Interventionsgruppen i projektet kontaktes telefonisk af en sygeplejerske fra sygehuset en, tre (face-to-face) og syv uger efter operation, hvor der hver gang anvendes en semistruktureret interviewguide udviklet med afsæt i erfaringer fra tidligere undersøgelse (Hørdam, 2008).



Interviewguiden har fokus på følgende områder: 1. Velbefindende, 2. Forventninger til operationen, 3. Forventninger afstemt til faktiske forhold, 4. Symptomer: smerter – hævede ben – svimmelhed – søvnbesvær – kvalme – appetitproblemer – andet. 5. Ernæring og væske, 6. Træningsaktiviteter, 7. Hjælp i nærheden generelt/pga. operation.

Desuden registreres sygeplejerskens vejledning og anbefalinger i forhold til patienternes egne rapporterede symptomer, status på for-

løb samt eget tidsforbrug i forbindelse med interventionerne en, tre (face-to-face) og syv uger postoperativt (figur 4).

Tidsforbrug ved intervention	Antal minutter Mean (interval)	Kontakt
Interview (1 uge efter operation)	11 (5-27)	Telefon
Interview (3 uger efter operation)	12 (5-33)	Face to face
Interview (7 uger efter operation)	10 (2-25)	Telefon

Figur 4: Tidsforbrug

Tidsforbruget til vejledning i interventionen viser ved første kontakt, at der bruges mellem 5-27 minutter og i gennemsnit 11 minutter til både interview, vejledning og registrering af data. Det vil sige, at patienternes behov for vejledning er individuelle.

Ved anden kontakt, som er face-to-face, er der i gennemsnit brugt 12 minutter til hver patient med en variation fra 5-33 minutter.

Ved tredje kontakt er gennemsnittet på 10 minutter med en variation fra 2-25 minutter.

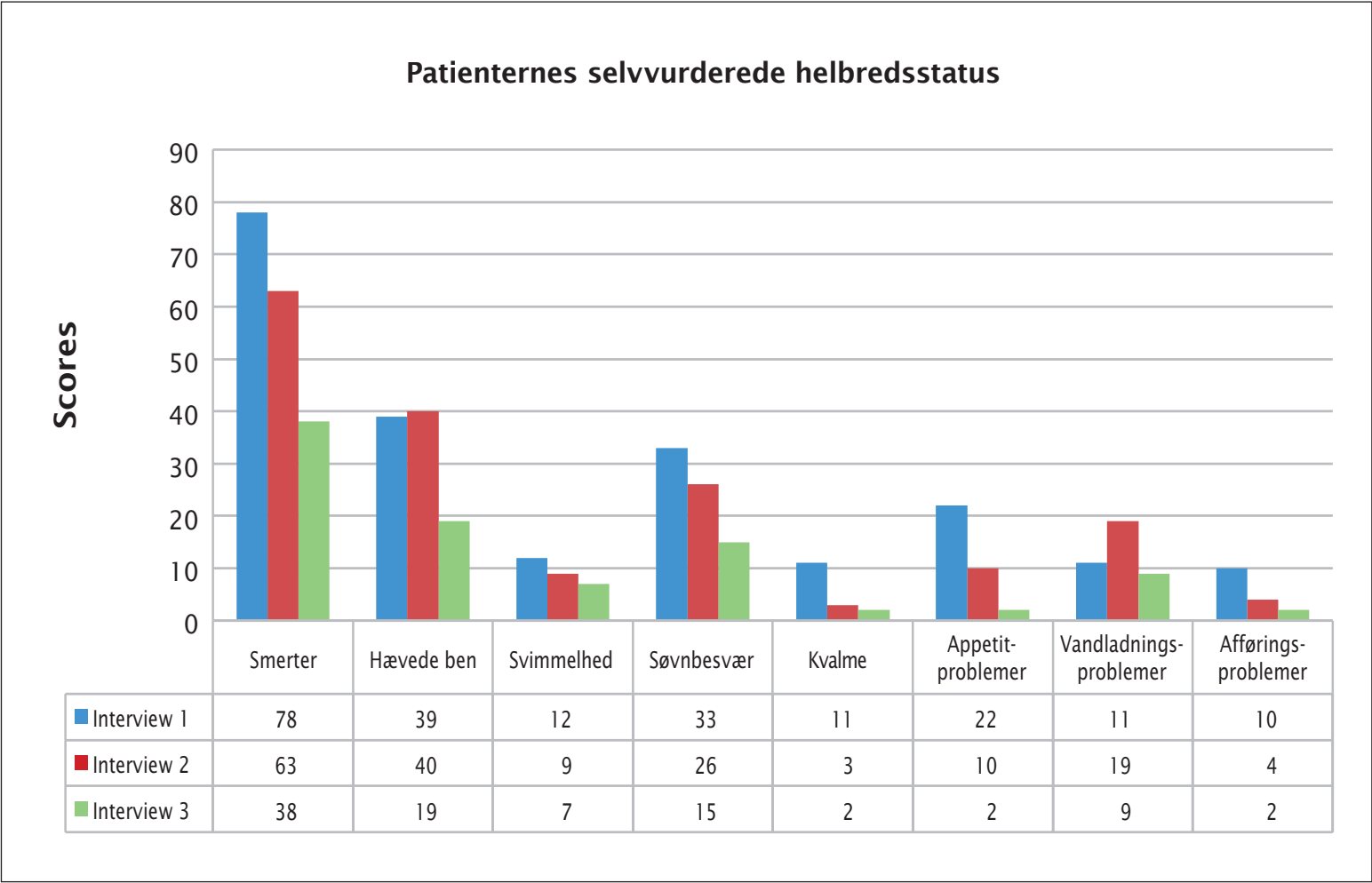
Generelt er denne gruppe patienter med planlagt hofteoperation tilfredse med den telefoniske opfølgning. De udtrykker tilfredshed med, at de sidder hjemme, der er ro omkring dem, de er i centrum og har

fagpersonen for sig selv uden afbrydelser.

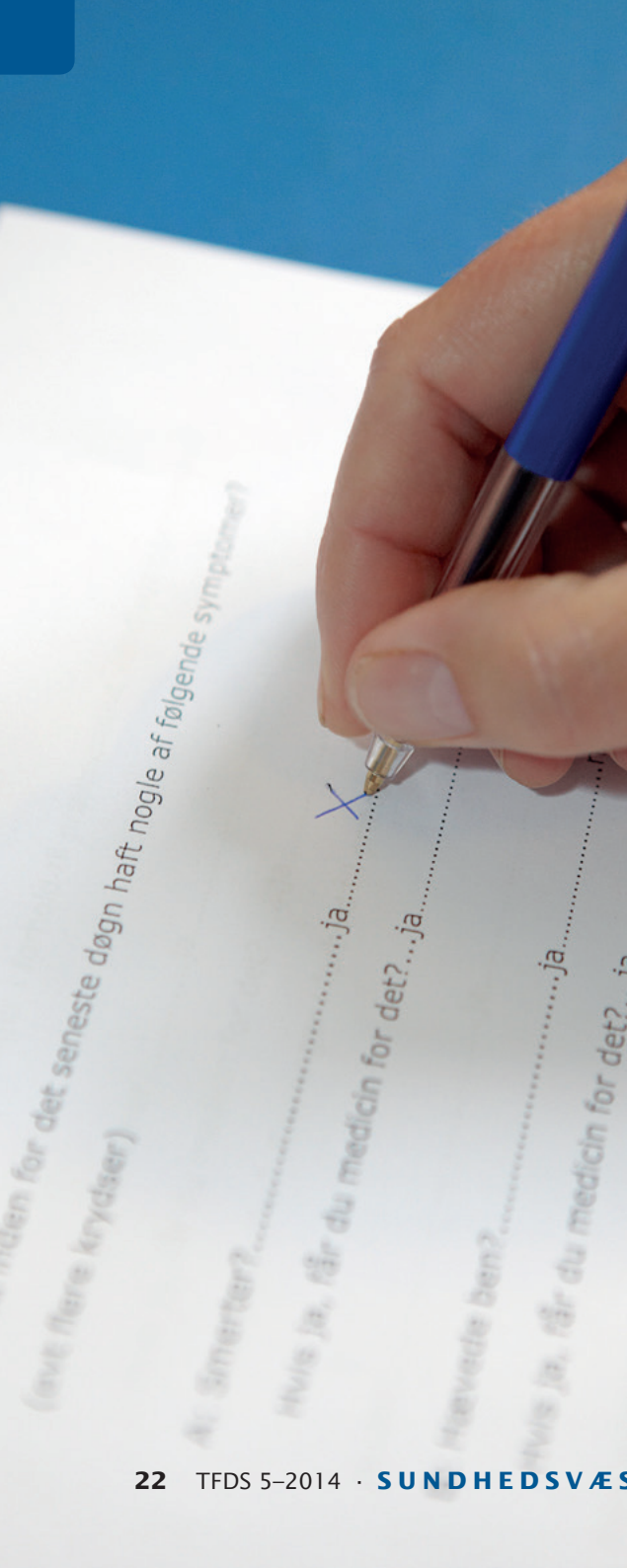
Ved første kontakt ved patienterne ikke på forhånd, at de er i in-

terventionsgruppen, da lodtræningen til de to grupper sker ved udskrivning. De reagerer positivt på denne opfølgning, og den generelle

erfaring er, at de ved de to næste interventioner er velforberedte, motiverede og selv har planlagt supplerende individuelle spørgsmål.



Figur 5: Interventionsgruppens symptomer 1, 3 og 7 uger efter operation.



Patienterne har til spørgsmål om symptomer i figur 6 vurderet, at de især opnår en betydelig forbedring i forhold til smerter, ødemer og søvnbesvær (>50%) syv uger efter operation og intervention telefonisk.

Disse tre symptomer synes at være en udfordring rehabiliteringsmæssigt. Der er behov for undersøgelser, vejledning og rehabilitering specifikt til ældre med hævede ben efter hofteoperation, idet det hæmmer gangtræning og fysisk aktivitet, som jo netop er meningen og formålet med operationen.

Erfaringer fra andre undersøgelser peger på, at det er helt afgørende for langtidseffekten af operationen, at rehabiliteringen påbegyndes straks efter operationen og er optimal, målrettet og systematisk tilpasset til den ældres behov de første 0-6 måneder af hensyn til langtidseffekten (Hørdam et al., 2009).

Vedrørende smerter og søvnbesvær, som muligvis er sammenhængende, kan det dokumenteres, at der er forsket meget i smertebehandling, som også indgår centralt i fast-track programmet (Enheden for

perioperativ sygepleje, 2010). Søvnbesvær synes derimod at være et overset og forsømt område forskningsmæssigt, dog indikerer et studie fra New Zealand (Fielden et al., 2003), at patienter 65+, der før og efter operationen fører søvndagbog og har samtaler om deres søvn mønstre, har vurderet deres søvnproblemer som aftagende, når hoftesmerterne aftager.

En dansk undersøgelse viser, at patienter efter hofteoperation selv vurderer, at deres søvn mønster er normaliseret fire dage efter fast-track forløb, hvilket forskerne mener, at smertebehandlingen i fast-track forløbet bidrager til (Krenk et al., 2013).

Patienternes egen vurdering af deres helbredsstatus efter operation fremgår af figur 6, som viser en generel forbedring i patientvurdering fra en uge efter operation til tre og syv uger efter operation

Behov for hjælp i hjemmet pga. operation reduceres samt behov for hjælp til madlavning fra 73% til 40% i løbet af de syv uger efter hofteoperation. Samtidig er familiens aktive medvirken og motivation til at

Patienternes forventninger til helbredsstatus efter operationen (Sygehus Syd 2011)	1 uge efter (n = 127) Procent (antal)	3 uger efter (n = 125) Procent (antal)	7 uger efter (n = 115) Procent (antal)
Smerter	78% (100)	63% (97)	34% (39)
Søvnbesvær	33% (42)	26% (20)	15% (17)
Ødemer	38% (49)	41% (51)	19% (22)
Hjælpemidler (2 stokke)	90% (114)	81% (101)	16% (19)
Hjælp til madlavning	73% (92)	62% (78)	41% (47)
Har det meget eller noget bedre	84% (107)	93% (116)	93% (107)
Træner helt eller delvist som vejledt	99% (126)	100% (125)	100% (115)
Træner både ude og inde	47% (59)	76% (95)	85% (98)
Familien hjælper	88% (112)	95% (119)	89% (102)

Figur 6: Patientrapporterede data.

understøtte rehabiliteringsforløbet stabil i hele den periode, hvor interventionen er gennemført.

Det er vigtigt i videre studier at fokusere på betydningen for de ældre patienter af denne indsats fra familie i rehabiliteringsperioden (figur 6). Den generelle oplevelse i interviewene er, at familien gerne vil deltage aktivt i rehabiliteringsforløbet, men at de også gerne vil have mere viden herom både i form af faglig sparring og bekræftelse i, at deres indsats er nyttig og virker.

Brug af to stokke reduceres fra 90% til 16% over syv uger (figur 6) efter operaton, når der ved interventionen følges op på de programmer for træning, som patienterne blev introduceret til og gennemgik allerede inden operationen.

Betydelig forbedring efter syv uger

Hele patientgruppen på 260 patienter opnår over tid forbedret selvvurderet helbredsstatus. Forbedringerne i besvarelserne efter hofteoperation viser især fremgang på de områder, der vurderes dårligst inden

hofteoperation nemlig: fysisk funktion og smerter.

Patienterne opnår betydelig forbedring i forhold til smerter, ødemer og søvnbesvær (>50%) syv uger efter operation. Brug af to stokke reduceres fra 90% til 16% over syv uger efter operation. Hjælp i hjemmet pga. operation reduceres samt hjælp til madlavning fra 73% til 41% (figur 6). Tidsforbruget ved interventionen varierede fra 5-27 minutter pr opfølgning – med et gennemsnit ved 1 interview på 11 minutter, 2 interview 12 min og ved 3 interview 10 minutter (figur 4).

Der var ikke afgørende forskel i tidsforbrug, om interviews skete telefonisk eller face-to-face. Til interventionsgruppen anvendes semi-struktureret interviewguide, som er udviklet til telefoninterview af patienter efter tidlig udskrivning i fast-track forløb. Interviewguiden er udviklet til at motivere patienter til aktiv deltagelse og pege på forhold, der er af betydning for deres oplevelse af faktorer, der fremmer sundhed og rehabilitering med henblik på at kunne mestre egen situation (Rehabiliteringsforum, 2004), inden-

for områderne mobilisering, brug af gangredskab, træning, smerteintensitet, søvn, kost, væske, udskillelse af affaldsstoffer og behovet for hjælp. Patienten modtager ud fra det oplyste, sygeplejefaglig vejledning indenfor de områder, hvor der vurderes at være behov herfor.

Telefoninterviewet gennemføres af sygeplejersker med specialekendskab til både ortopædkirurgi og gerontologi. Ved at anvende en semi-struktureret interviewguide som grundlag for dialogen med patienten, kan man opnå, at der som udgangspunkt stilles de samme spørgsmål og de samme aspekter vurderes af patienterne.

Behov for yderligere forskning

Der er brug for yderligere forskning og interventioner både i relation til de udfordringer, der er i forhold til symptomer som: ødemer, smerter og søvnbesvær, der også i dette studie er de dominerende (figur 6), og som hæmmer fremgang i rehabiliteringsprocessen.

Med disse kvantitative data, som nu er verificeret, kunne en mulighed

være at gennemføre enten fokus-gruppeinterviews eller egentlige kvalitative interviews med fokus på patientens oplevelse af at deltage i et accelereret operationsforløb.

Et dansk kvalitativt studie har vist, at patienternes oplevelse af det accelererede eller fast-track forløbet skabte nogle positive forventninger, og patienterne påtog sig det forventede medansvar og prøvede at honorere de krav, der lå i det accelererede forløb. (Norlyk og Harder, 2009).

I forhold til brug af SF-36 er der brug for flere forsøg med at anvende dette spørgeskema både som telefoninterview og face-to-face i relation til patienternes aldersfordeling. SF-36 er anvendt i papirudgave i denne undersøgelse.

Forskningen er gennemført med økonomisk støtte fra TRYGFONDEN og Forskningsrådet, Næstved Sygehus.

Projektets resultater er under implementering.



Om forfatterne



Britta Hørdam

Seniorforsker, Ph.D.,
Sygeplejerske,
UCSJ/ Region Sjælland
bhoerdam@mail.dk



Ermela Dhimitri

Sygeplejerske,
Ortopædkirurgisk afdeling,
Næstved Sygehus.



Niels Pedersen

Ledende Oversygeplejerske
Ortopædkirurgisk afdeling,
Næstved Sygehus.



Lars Hemmingsen

Cand. pharm. HD,
Ekstern konsulent for
Region Sjælland med biometri
som ekspertområde.



Lene Nielsen

Sygeplejerske,
Ortopædkirurgisk afdeling,
Næstved Sygehus.



Referencer

- Bjørner J, Damgaard M, Watt T, Bech P, Kristensen TS, Modvig J & Thuneborg K (1997). *Dansk Manual til SF-36*. LIF, København.
- Boolsen, MW (2006). *Kvalitative analyser*. Hans Reitzel. Kbh.
- Boolsen, MW (2008). *Spørgeskemaundersøgelser: fra konstruktion af spørgsmål til analyse af svarene*. 1st ed. Kbh.: Hans Reitzel.
- Danske Regioner (2012). *Det hele sundhedsvæsen – regionernes vision for et helt og sammenhængende sundhedsvæsen*. Available at: http://www.regioner.dk/~media/Publikationer/Sundhed/Det%20hele%20sundhedsvaesen_marts2012.ashx. Accessed February, 23, 2014.
- Danmarks Statistik (2014). *Befolkningsfremskrivning 2013 efter køn, alder, herkomst og landegruppe*. Available at: <http://www.statistikbanken.dk/frdk113>.
- Enheden for brugerundersøgelser (2014). *Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser*. Available at: <http://patientoplevelser.dk/>.
- Enheden for perioperativ sygepleje (2010). *Accelererede operationsforløb – hvem, hvad, hvor*. 2010; Available at: <http://www.rigshospitalet.dk/NR/rdonlyres/FAE54D1C-0550-4CA0-8449-6EEFAE96C08F>
- Fielden J M & Gander PH (2003). *An Assessment of Sleep Disturbance in Patients Before and After Total Hip Arthroplasty*. The Journal of Arthroplasty, vol 18 no 3, pp 371-376.
- Hørdam B (2008). *Rehabilitation of patients aged over 65 years after total hip replacement*. Ph.D-thesis: University of Aarhus, Faculty of Health Science, Denmark.
- Hørdam B & Pedersen PU (2009). *Differences in health status of older people aged 65 and above after total hip replacement compared with the normal population: a cross-sectional study*. Original Article. I: Older People Nursing; p. 211-218.
- Hørdam B, Pedersen PU, Mejdahl S, Sabro S & Søballe (2009). *Nursing intervention by telephone interviews of patients aged over 65 years after total hip replacement improves health status: a randomized clinical trial*. Original Article; I: Scandinavian Journal of Caring Sciences; sep 2, p. 1-7.

- Hørdam B, Koldsgaard L, Pedersen PU & Søballe K (2011). *Rehabilitation after THR: Telephone interview and individual support versus visits in outpatient clinic*. I: DOS Bulletin oktober 2011, p 141. Holte.
- IKAS (2014). *Den Danske Kvalitetsmodel*. Version 2. 2014; Available at: <http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Sygehuse/2.-version.-Akkrediteringsstandards-for-sygehuse.aspx>.
- Krenk L, Jennum P & Kehlet H (2012). *Sleep disturbances after fast-track hip and knee arthroplasty*. British Journal of Anaesthesia 109 (5): 769-75.
- Launsø L & Rieper O (2013). *Forskning om og med mennesker: forskningstyper og forskningsmetoder i samfunds-forskning*. Nota. København.
- Norlyk A & Harder I (2009). *After colonic surgery; The lived experience of participating in a fast-track programme*. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez.statsbiblioteket.dk/2048/pmc/articles/PMC2879969/>. Accessed February, 10, 2014.
- Rehabiliteringsforum (2004). *Rehabilitering I Danmark*. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Marselisborgcentret. Århus.
- Rolfson O, Salomonsson R, Dahlberg L & Garellick G (2011). *Internet-based follow-up questionnaire for measuring patient-reported outcome after total hip replacement surgery-reliability and response rate*. Value in health 2011-03-01;14(2):316; 316-321; 321.
- Velpula JMR (2013). *High 1-year THA survival seen in patients older than 90 years*. Orthopaedics Today. Paper # 13-4773. Presented at: EFFORT Congress; June 5-8, 2013; Istanbul.
- www.dhr.dk
- www.SPSS.com

»*Teknikken virker ...* *Hvordan virker jeg?*«

Lydmontager med patientstemmer med til at udvikle nye ideer til optimering af pace-ambulatoriet, Hjertemedicinsk Klinik på Rigshospitalet

Af Morten Arnfred, Søren Boesgaard
og Mette Rosendal Darmer

Pace-ambulatoriet på Rigshospitalet har arbejdet med at inddrage patienternes perspektiver i form af tematiserede lydmontager, klippet sammen af kvalitative interviews. Projektet er et samarbejde mellem Hjertemedicinsk Klinik, Institut for Organisation på CBS og den tværoffentlige udviklingsenhed MindLab.

Lydmontagerne skal hjælpe personalet med at se de ydelser de leverer med patienternes øjne. Forestillingen er at lydmontagerne blandt andet er brugbare i forhold til at synliggøre vanens magt på hospita-

let og stille spørgsmålstejn ved hvorfor man gør som man gør. Patienternes stemmer skal således bruges som afsæt for nytænkning.

Denne artikel gennemgår projektets forløb, herunder indsamling af empiri, udarbejdelse af lydmontager og afvikling af en workshop for personalet. Til sidst diskuteres særlige metodiske aspekter ved at arbejde med lydmontager, som en form for patientinddragelse.

Interview med patienter

Projektet indledtes med observation af den daglige arbejdspraksis i pace-ambulatoriet. Patienter, teknikere, sekretærer og læger fulgtes for at få et indblik i arbejdsgange og patientforløb. Disse observationer

blev desuden suppleret af interview med udvalgte medarbejdere.

Herefter blev der gennemført interview med patienter der var tilknyttet pace-ambulatoriet. Patienter blev tilfældigt udvalgt og derefter ringet op før en skemalagt kontrol i ambulatoriet. Interview blev planlagt i umiddelbar forlængelse af deres konsultation.

Omdrejningspunktet for interviewet var at patienterne skulle identificere de oplevelser, de selv så som de væsentligste i forhold til deres liv med en pacemaker og deres relation til ambulatoriet. Der blev i alt gennemført 32 interview.

Klipning af lydmontager

Alle interview, i form af femten ti-



Under personale-workshoppen bliver der både lyttet til og arbejdet med lydmontagerne.

mers båndet materiale, blev lagt ind i et lydredigeringsprogram og lyttet igennem. Hvert interview blev opdelt i kortere lydklip og disse fik derefter tildelt en »kode«, i form af nogle få stikord, der beskrev hvad lydklippet handlede om.

På baggrund af disse koder, blev der identificeret en række overordnede temaer, som patienterne specielt problematiserede. De knap 550 lydklip blev herefter klippet sammen ud fra disse temaer.

Denne arbejdsproces kan betegnes som en tematisk analyse eller 'mønstergenkendelse' (Bason et al 2009:95). Det er en proces hvor man i mindre grad lader sig styre af hypoteser eller på forhånd givne kategorier, men søger at finde frem til en meningsfuld og sammenhængende strukturering af de kvalitative data man har indsamlet.

Analyseprocessen består således af en bevægelse mellem at analysere (bryde ned, stille skarpt) og syntetisere (bygge op, sætte sammen), for til sidst at ende med et overblik over materialet, der åbner en række nye sammenhænge (Tanggaard & Brinkmann 2010:46).

Til sidst blev der udvalgt fem temaer med følgende titler: »Tilgængelighed«, »Halv Robot«, »Konsultations-øjeblikket«, »Billedsprog« og »Telemedicin«. Disse fem lydmontager blev forkortet så de hver varede lidt over 2 minutter.

Negative oplevelser prioriteret højest

Det er væsentligt at pointere, at montagerne prioriterede de passager, hvor patienterne havde haft nogle negative oplevelser, eller identificerede nogle udfordringer for afdelingen.

Montagerne forsøgte således ikke at give et »balanceret« indtryk af patienternes oplevelser. De var bevidst vinklede mod udfordringerne, ud fra en præmis om, at det er her der er størst potentiale for forbedring. Dog var de lydklip hvor patienter nævner enkeltpersoner sorteret fra. Dette blev gjort for ikke at komme til at udstille nogen, men derimod sætte fokus på løsningen af en fælles opgave. De endelige montager afspejler således en række praktiske og etiske valg.

Workshop med personalet

Der bliver afholdt en workshop hvor et bredt udvalg af personale med tilknytning til pace-ambulatoriet skal lytte til, og arbejde med, lydmontagerne.

Deltagerne bliver fordelt i fire grupper på tværs af fagligheder, og de fem lydmontager bliver afspillet én af gangen. Deltagerne bliver bedt om at lytte intenst og skrive en note, når der er noget de finder tankevækkende, eller som giver dem en association.

Den anden lydmontage der bliver afspillet har fået titlen »Halv robot«. I denne montage forholder en række patienter sig på skift til det at have et stykke elektronik indopereret i kroppen. En patient fortæller blandt andet om et aspekt ved kommunikationen med pace-ambulatoriet:



Til at starte med, der fik jeg et brev hver eneste gang – jeg tror det er hver tredje måned jeg indlæser de her ting via telemedicin – der fik jeg et brev en tre-fire dage efter, hvor der stod: Vi kan bekræfte at teknikken virker. Og så tænker jeg:

teknikken virker ... Hvordan virker jeg? Har der været nogle episoder hvor den ikke har været aktiv? Det fandt jeg aldrig rigtig ud af. Det måtte jeg så ringe ind og spørge om (...) Men det at den virker, det er ikke noget surprise for mig. Det ville være skrækkeligt hvis den ikke virkede. Da det brev så ikke kom på et eller andet tidspunkt, så gik jeg så alligevel og tænkte: Det var sgu da mærkeligt, nu har jeg indlæst det her... Ingen reaktion var næsten værre end en ligegyldig information, og det er jo pudsigt.

Efter lydmontagen får deltagerne et øjeblik til at reflektere over hvad de lige har hørt, og derefter bliver de bedt om at dele nogle af de tanker, lydmontagen har sat i gang hos dem, med de andre deltagere. En deltager siger for eksempel:

”

Jeg tænker, at det afspejler et teknik-fokus... Men vi skal have patienten i fokus. Det er jo sådan set det de siger. Vi skal hundrede procent sørge for at teknikken er i orden, men vi skal se det hele. Det skal vi nok blive bedre til tror jeg



Om forfatterne



Morten Arnfred

Cand.scienth.anth. Videnskabelig assistent,
Institut for Organisation, CBS.
mar.ioa@cbs.dk

Søren Boesgaard

Overlæge, dr. med.
Klinikchef på Hjertemedicinsk Klinik,
Rigshospitalet.

Mette Rosendal Darmer

Cand.cur. Oversygeplejerske på Hjertemedicinsk
Klinik, Rigshospitalet.

Hvordan kan vi ...?

Efter at have hørt alle fem lydmon-
tager vælger hver gruppe i fælles-
skab et tema, de vil arbejde videre

med. Grupperne diskuterer patien-
ternes adfærd og opfattelser. Blandt
andet hvilke forestillinger patienter-
ne har om de mekanismer, der er

forbundet med at have en pacemaker – hvordan tror patienterne egentlig at pacemakere virker?

I en af montagerne er der en patient der fortæller at han tidligere prøvede at spare på batteriet i pacemakere – men kan man overhovedet det? En af grupperne kommer også ind på forskellen mellem angst og frygt. Angst er vel når man ikke ved præcis hvad man er bange for? Er det det, der ligger bag flere af patienternes ytringer?

Personalet udveksler konkrete historier på tværs af faggrupper. De sætter således patient-perspektiverne fra lydmontagerne i relation til deres egen erfaring.

Grupperne slutter af med at udarbejde såkaldte »udviklingsspørgsmål« til deres problemstilling. Det vil sige, at de udarbejder en række spørgsmål der starter med ordene »hvordan kan vi...?« (se Brown 2009). Disse spørgsmål skal danne grundlag for at man kan arbejde videre med konkrete ideer til, hvordan problemet kan tackles. Nogle af de udviklingsspørgsmål grupperne finder frem til lyder for eksempel:

- Hvordan kan vi forberede patienten på konsultationens indhold før fremmøde?
- Hvordan kan vi minimere den angst, som nogle patienter føler ved behandlingen?
- Hvordan kan vi formidle uforståelig teknik, så det giver mening for patienten?

Fordele og ulemper ved lydmontager

I stedet for at afspille lyd, kunne man også forestille sig et scenarie, hvor man rent faktisk inviterede patienterne med til workshopen og lod dem fortælle om deres oplevelse af at være patient. Her melder sig dog straks en række udfordringer.

For det første, ville man ikke kunne have særligt mange patienter med, før det ville komme til at tage alt for lang tid.

Der ville desuden være en fare for, at der kunne gå tomgang i formidlingen af patienternes oplevelser, og de fleste patienter ville givevis være påvirkede af situationen, hvis de skulle stille sig op foran så mange mennesker. De ville

heller ikke kunne være anonyme, hvilket formentlig ville lægge en dæmper på deres udsagn.

Ved at udarbejde lydmontager, kan man lave en masse forarbejde før man når til workshopen og kun præsentere et fortættet udpluk af de væsentligste patientperspektiver. Man muliggør altså en særligt koncentreret workshop.

Virkelighedsnær metode der skaber indsigt

At bruge lydmontager handler om at formidle en oplevelse, mere end det handler om at formidle en vurdering. I stedet for at præsentere dem for en færdig analyse i en rapport inkluderes personalet i at lave den endelige analyse og fortolkning. De deler deres individuelle refleksioner og på denne måde forhandles indsigter på tværs af faggrupperne.

Lydmontagerne giver personalet en række perspektiver på, hvordan det opleves at være patient på deres afdeling, og hvor der er potentiale for at gøre noget anderledes. Metoden er således virkelighedsnær. Det er virkelige historier fra personalets

egen verden, der synliggør patienternes individualitet.

Metoden skal betragtes som et supplement til kvantitative patienttilfredshedsundersøgelser. Den er systematisk og fokuseret, men ikke så kontrolleret som spørgeskemaer, hvor man kun får svar på det man direkte spørger om, og således afskærer sig fra nye, overraskende og måske væsentlige perspektiver og informationer.

I modsætning til en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse, der kan udsige noget om tilfredsheden hos en (ikke-eksisterende) gennemsnitspatient, så beskæftiger denne metode sig med at skabe indsigt.

Lydmontager virker blandt andet, fordi de aktiverer personalets følelser. Ved at høre patienternes stemmer opleves i højere grad en relation til de patienter, der er interviewet.

Forhåbningen er, at brug af lydmontager og workshops kan føre til værdiskabende nye tiltag i organisationen, men også en bedre implementeringsproces og forankring, fordi personalet selv har oplevet patientens perspektiv gennem lyd-

montagerne, selv har været med til at udvikle ideer, og dermed i sidste ende har en stor grad af ejerskab over forandringen.

Virkelige patienters virkelige historier

Udbyttet af et forløb som beskrevet i denne artikel er dels de ideer og konkrete løsninger, der bliver udviklet i projektets næste fase, men det er også den diskussion og afklaring der sker i det sociale rum, der opstår i workshopen.

Personalet får mulighed for virkelig at lytte til nogle af patienternes perspektiver og reflektere over hvordan det egentlig er at være patient på deres afdeling. Lydmontagerne er således et effektivt redskab til at hjælpe personalet at se deres egen organisation fra patientens perspektiv og dermed skabe en forståelse for patientens behov.

Montagerne er klippet sammen af virkelige patienters virkelige historier og oplevelser, men de er samtidig udtryk for en række strategiske valg i forhold til blandt andet vinkling og længde.

Lydmontagerne skal således ikke

vurderes efter hvor godt de afspejler virkeligheden, men efter hvordan de virker som et pædagogisk værktøj. De skal skabe refleksion hos medarbejderne ved at udgøre en »forstyrrelse«, der kan skubbe lidt til deres forestillinger og samtidig aktivere deres egne erfaringer.

Dette kan så danne afsæt for udviklingen af indsatser, der retter sig mod at adressere de svage punkter, hvad enten det handler om indretning, kommunikationskompetencer, tilrettelæggelse af patientforløb, uforståelige teknologier, eller noget helt andet.



Litteratur

- Bason, C., Toft, S., & Knudsen, S. (2009) *Sæt borgeren i spil: Sådan involverer du borgere og virksomheder i offentlig innovation*. Gyldendal
- Brown, T. (2009). *Change by Design*. HarperCollins.
- Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2010). *Kvalitative metoder*. Hans Reitzels Forlag.

De kommunale udfordringer i et sammenhængende sundhedsvæsen

Det nære sundhedsvæsen – det nye sort?

Af Mia Fruergaard,
Christian Voigt Lund,
Lars Tranholm og
Lars Muusmann

De største udfordringer i sundhedsvæsenet i dag, er et, at skabe sammenhængende borger- og patientforløb på tværs af sektorgrænser og forskellige aktører i sundhedstrekanten, hvor indsatsen leveres så tæt på borgeren, som det er fagligt hensigtsmæssigt.

Og to, at sikre, at borgerne oplever god service og en indsats med optimal effekt – indenfor de givne økonomiske og ressourcemæssige rammer.

Samtidig står kommunerne overfor, at der dels er flere ældre, der bliver ældre, dels flere kronikere med behov for en øget indsats og dels flere komplekse sundhedsopgaver i kommunerne på grund af accelererede patientforløb, forløbsprogrammer med videre. Derudover er der for en del kommuners vedkommende en stor gruppe »midaldrende« med livsstilsudfordringer, som også fremadrettet vil øge behovet for sundhedsydelser.

I en kommune med 50.000 indbyggere koster KRAM-faktorerne årligt kommunen skønsmæssigt 60 mio. kr. i ekstra udgifter til behandling og sociale ydelser.

Hospitalernes fælles akutmodtagelser betyder kortere og kortere afklaring, og patienter sendes i sti-

gende omfang tidligere hjem, eller de behandles ambulant. Det forskylder tyngden i det samlede patientforløb væk fra sygehusene, og giver det nære sundhedsvæsen flere og mere komplekse opgaver. Prisen for kommunen i form af kommunal medfinansiering er den samme, men den kommunale indsats og udgift er større.

Ydermere giver det nationale produktivitetskrav på 2 procent på sygehusene nogle steder afdelinger incitament til at finde på ny aktivitet, som sikkert for langt det meste er til gavn for patienterne, men som ukoordineret betyder ressourcetræk på og øgede udgifter for det samlede sundhedsvæsen.

Samtidig betyder et øget antal af kronisk syge borgere, at stadig

flere modtager forskellige kommunale tilbud i form af patientuddannelse, træning, kostvejledning, psykosocial støtte samt ikke mindst hjælp til at komme tilbage til arbejdsmarkedet.

Når nærheden forsvinder

Nybyggerierne af supersygehuse lægger op til en centralisering af behandlingssteder og en samtidig reduktion af sengeantallet. Langt den største andel af eksempelvis de medicinske patienter er indlagt på lokalsygehuset.

Når nærheden forsvinder, så er det ikke alle indlæggelser, der flytter med til det nye store sygehus – erfaringsmæssigt er det ca. 10%, der ikke »flytter med«. Det betyder ganske vist en mindre kommunal medfinansiering på grund af færre indlæggelser, men betyder de sidste 10%, der ikke flytter med, i stedet behov for et øget kommunalt tilbud?

Endelig er det kommunale bloktilskud et »gennemsnitsbeløb«, så kommuner, der er udfordrede på sundhedstilstanden, egentligt bliver »underfinansieret«.

Alt sammen noget der lægger pres på kommunens sundhedsberedskab, ressourcer og kompetencer og ikke mindst de kommunale sundhedsbudgetter.

Der findes svar på udfordringerne

Men det betyder ikke, at kommunen ikke kan gøre noget ved disse udfordringer.

Det kan konstateres, at der, når man sammenligner de 98 kommuner i Danmark, er stor forskel mellem udgifterne til kommunal medfinansiering og ligeledes mellem kommunernes egne sundhedsudgifter til forebyggelse mv. – og ikke nødvendigvis den sammenhæng, at høje egne sundhedsudgifter giver lave regionale medfinansieringsudgifter.

Samtidig er der et øget fokus på betydning og effekt (økonomisk) af forebyggelsesindsatser blandt andet i to store nationale rapporter fra 2013 »Effektiv kommunal forebyggelse« og »Bedre incitamenter i sundhedsvæsenet«.

Desuden er der i økonomiaftalerne med både kommunerne og

regionerne afsat betydelige midler til understøttelse af den patientrettede forebyggelse samt i forhold til patienter, der typisk har behandlingsforløb på tværs af sektorgrænser. I den forbindelse tegner forebyggelige indlæggelser, korttidsindlæggelser og genindlæggelser sig for godt 15% af alle indlæggelser.

Så hvis din kommune iværksætter effektive forebyggelsestiltag, og gør det bedre end andre kommuner, så vil det både mindske borgernes brug af regionale sundhedsydelser – og være en gevinst for borgerne i din kommune. Men det vil også reducere den regionale medfinansieringsudgift – og give din kommune en økonomisk gevinst. Som så igen kunne bruges til endnu bedre forebyggelse.

Sammenhæng mellem mål, indsats og udfordring

Sundhedsområdet i kommunerne har en tværgående karakter. Når man f.eks. indretter byrummet, skaber man samtidig rammerne for borgernes udfoldelsesmuligheder, og det påvirker sundhedstilstan-

den. Cykelstier giver gode muligheder for at motionere samtidig med, at man transporterer sig.

Ligeledes vil mange kronikere være sygedagpengemodtagere, så hvis kommunen via f.eks. et forløbsprogram for diabetikere kan få borgeren så stabil, at vedkommende kan varetage et arbejde, så kan kommunen nedbringe udgifterne til sygedagpenge. Det kan således være relevant at optimere sundhedsindsatsen både sundhedsfagligt og økonomisk ved at anlægge et tværgående perspektiv.

I første omgang er det dog nødvendigt at sikre en stærk sammenhæng mellem sundhedsudfordringer, sundhedsindsats og politisk prioritering. Men afspejles de politiske målsætninger og prioriteringer nu i den indsats, der ydes, og er det i det hele taget den rigtige i forhold til borgernes sundhedstilstand?

En væsentlig del af det, er også at skabe et overblik over, om de rigtige kompetencer – herunder også kompetencer i tværgående samarbejde – er til stede i organisationen til at imødegå den ændrede

opgavefordeling mellem sygehus og kommune.

Derudover er det nødvendigt, at der er klarhed over, hvor i det kommunale system borgeren er kendt, når borgeren bliver patient – dels i lyset af overgangen til elektronisk kommunikation mellem region og kommune, men også for at kunne give det rigtige sundhedstilbud til de borgere, der måske nok har et kronikerforløb på sygehuset, men måske kun er kendt eksempelvis i arbejdsmarkedsafdelingen.

Det samlede overblik halter i flere kommuner

Det er vores opfattelse, at der i mange kommuner er behov for at få et samlet overblik over sammenhængen mellem udfordringer, indsats og politik – ikke ud fra en betragtning om, at vi gør det dårligt, men at vi kan – og skal – gøre det endnu bedre for borgerne og skabe mere sundhed indenfor de givne rammer.

Hvis en kommune eksempelvis har højere kommunal medfinansiering end gennemsnittet, og kommunens egne sundhedsudgifter lig-

ger højere end gennemsnittet – som det er tilfældet i i alt 30 kommuner, er indsatserne måske ikke de rigtige i forhold til borgernes sundhedsudfordringer.

Eller omvendt, hvis kommunens egne sundhedsudgifter ligger under gennemsnittet – som i 24 kommuner – kan en ekstra egen indsats måske reducere udgifterne til kommunal medfinansiering og skabe bedre sundhed for borgerne.

Behov for brud med traditionel tænkning

Det er vores opfattelse, at vi i det samlede danske sundhedsvæsen kan og skal levere »mere sundhed for pengene«.

Der er behov for et brud med den traditionelle tænkning og opdeling i »dem og os« og brug for nye måder at tænke velfærdssamfundet på. Det betyder, at der er behov for nye kompetencer, en større diversitet i personalesammensætning og en styrket ledelse.

Herunder bør vi inddrage erfaringer fra andre steder i verden, der leverer sundhedsydelser af høj kvalitet til eksempelvis patienter

med kroniske sygdomme understøttet af evidensbaserede forløbsprogrammer, som svarer meget til de danske forløbsprogrammer.

Væsentlige årsager til gode resultater her er sammenhængende patientforløb i det integrerede sundhedsvæsen (kommune, praktiserende læge og hospital), effektiv ledelse af hospitaler og brug af elektroniske dokumentationssystemer, hvor monitorering og auditring er en integreret del af den evidensbaserede aktivitet.

Derudover er der behov for en sammenhængende ledelse og fælles faglig kultur med klare roller og ansvarsfordeling, hvor der er fokus på patienten, samt incitamentsstrukturer, der fremmer tværfagligt samarbejde.

Konklusionen er efter vores opfattelse, at hvis vi skal gøre det endnu bedre, er der behov for »ikke mere, men mere af det rigtige«.



Om forfatterne



Mia Fruergaard

Partner, MUUSMANN. Tidligere sundhedschef i Stege, Vordingborg og Gladsaxe Kommuner samt afdelingsleder på Rigshospitalet.



Christian Voigt Lund

Chefkonsulent, MUUSMANN. Tidligere økonomi- og analysechef, Sygehus Lillebælt.
cvl@muusmann.com



Lars Tranholm

Chefkonsulent, MUUSMANN. Tidligere centerøkonom ved Århus Universitetshospital og kontorchef i Region Midtjylland, Center for Kvalitetsudvikling.



Lars Muusmann

Administrerende direktør, MUUSMANN. Tidligere amtssundhedsdirektør, Vejle Amt.

Et styrket sammenhængende sundhedsvæsen lyder flot, men ...

... mennesker med nogle af de sværeste kroniske lidelser må ikke tabes i spillet om, hvem der skal have nye penge i sundhedsvæsenet

Af Jens-Otto Skovgaard Jeppesen, Jeanette Skjeldborg og Philip Rendtorff – sammenslutningen af specialsygehusene i Danmark*)

Regeringens udspil »jo før – jo bedre« til et styrket sammenhængende sundhedsvæsen i august rummer gode takter med ikke mindst et fokus på mennesker med kroniske lidelser, fastholdelse af udredningsretten og behovet for at sundhedsvæsenets 3 parter – praksis, sygehus og kommuner – styrker deres indbyrdes samarbejde, så patienten oplever en stærkere sammenhæng i forløbet end hidtil.

Det er ikke nytænkning – men kendte og centrale emner med nye vinkler. Søjletænkningen i sundhedsvæ-

senet er velkendt, og bør til stadighed have bevågenhed fra de centrale sundhedsmyndigheder.

I de to sidste års økonomiaftaler med regioner og kommuner har regeringen sat et *fælles sammenhængende sundhedsvæsen* på dagsordenen. Det er tiltrængt, og forhåbentligt er dette fokus kommet for at blive nogen tid frem – for det tager tid at få en sådan strategi til at bundfælde sig og give resultater.

Sammenhæng mere og andet end pakker

Sammenhæng i sundhedsvæsenet er nemlig mere end pakkeforløb indenfor nogle af de store sygdomsgrupper som kræft, hjerte-karlidelser og diabetes.

Mange mennesker må dagligt lide under svære kroniske lidelser, som

ikke kan løses i et hurtigt og effektivt pakkeforløb – efterfulgt af halv-årlige eller årlige ambulante kontrolbesøg. For generne og symptomerne forsvinder ikke bare af sig selv.

De mærkes hver dag – som utryghed, manglende formåen på arbejdspladsen og i hjemmet. Ganske mange har vanskeligheder med at mestre egen situation og frekventerer sundhedsvæsenet igen og igen. Det er ganske enkelt undervurderet, hvad det betyder at have svære kroniske lidelser.

Det sammenhængende patientforløb opleves for mange mennesker som en forestilling og en forventning, som bare ikke bliver indfriet.

Specialsygehusene

Specialsygehusene under § 79 i Sundhedsloven udreder og behand-

ler en række tunge patienter, som for en stor del har kroniske lidelser. Sygehusene er godkendt af Sundhedsstyrelsen og optaget i Specialplanen med specialiserede funktioner (højt specialiserede og regionsfunktioner), og der er indgået driftsoverenskomst med de 5 Regioner for hvert af specialsygehusene.

Specialsygehusene får henvist patienter fra almen praksis, speciallægepraksis og de offentlige sygehuse – herunder universitetshospitalerne.

Specialsygehusene er uundværlige som en brik i det samlede sundhedsvæsen – pga deres særskilt specialiserede kliniske kompetencer, der arbejder tværfagligt integreret på tværs af sundhedsfaglige og andre fagkompetencer i dedikerede multidisciplinære teams, og har velindrettede fysiske faciliteter til formålet.

Fokus for specialsygehusene er hele vejen rundt om mennesket – patienter med epilepsi, gig, hjerne-skade, sclerose, muskelsvind, polio eller andre neurologiske lidelser samt rygmarvsbrud og alvorlige multitraumer, eksempelvis som følge af trafikuheld. Der findes kun i begrænset udstrækning data for

Om forfatterne



Jens-Otto S. Jeppesen

Administrerende direktør,
Epilepsihospitalet Filadelfia.
jesje@filadelfia.dk



Philip Rendtorff

Administrerende direktør,
PTU's RehabiliteringsCenter.

Jeanette Skjeldborg

Administrerende direktør,
Vejlefjord Rehabilitering.

hvor mange der har disse sygdomme – men samlet er der tale om i hvert fald 250.000 mennesker.

Evidensbaserede studier indenfor sclerose, gig (leddegigt), epilepsi, hjerneskade og andre hjernesyg-

domme viser, at det kan være vanskeligt at sikre hurtig udredning og fastlægge en diagnose. F.eks. har det vist sig, at ca. 40 % af børn henvist med epilepsi til Epilepsihospitalet ikke har epilepsi, men andre li-

delser med behov for anden behandling.

Hverken de eksisterende eller kommende store nye offentlige su-persygehuse er indrettet ud fra et tilsvarende helhedskoncept. Hele sygehusvæsenets udvikling går i retning af hurtig og korrekt udredning suppleret med korte behandlingsforløb (ambulant eller meget korte indlæggelsesforløb).

Det betyder, at stadigt flere mennesker efter endt sygehusbehandling videreføres i kommunalt regi og almen praksis med behov for opfølgning, observation og terapeutiske procedurer. Jo flere korte forløb på sygehusene, desto flere specialiserede kompetencer skal kommunerne have til rådighed. Det er en udfordring – og det er forståeligt nok vanskeligt at overtage stafetten i den hastighed, der er tale om.

Patienter med kroniske lidelser som kræft, KOL, hjerte og diabetes må naturligvis have et løbende fokus.

Specialsygehusene vil gerne gøre opmærksom på at der er mange mennesker med andre kroniske lidelser, som også bør være i fokus –

mennesker som er endnu mere sårbare.

Kroniske lidelser er dyre for samfundet og den enkelte

Et udpluk af en række nationale forskningsartikler indenfor sclerose, Parkinson, søvnforstyrrelser og epilepsi de sidste 3 år **) peger på, at både de direkte og afledte sundheds- og andre udgifter er meget høje.

En sammenligning med disse udgifter mellem f.eks. patienter med epilepsi hhv. KOL baseret på registerudtræk i perioden 1998-2009 viser, at mens patienter med KOL i gennemsnit koster sundhedsvæsenet incl. udgifter til sociale transfereringer knapt 65.000 kr. pr. år, så koster epilepsipatienter opgjort på tilsvarende vis godt 140.000 kr. pr. år og patienter med sclerose 120.000 kr. pr. år.

Patienter med Parkinson og søvnforstyrrelser koster også samfundet dyrt.

Patienter med erhvervet hjerne-skade som følge af f.eks. apopleksi eller kranietraume, har været hårdt ramt af den afspecialisering, som

fulgte strukturreformen (jf. evalueringen af strukturreformen), bl.a. m.h.t. at levere den indsats, der gør det muligt for den enkelte med hjerneskade igen at få en tilknytning til arbejdsmarkedet. Det har store samfundsmæssige konsekvenser, hvis disse mennesker, p.g.a. manglende indsats må parkeres på passiv forsørgelse.

Patienter med de nævnte sygdomme dør tidligere, har høj arbejdsløshed og lav livsindkomst.

Når der gives nye penge til kronikerområdet, så er det vigtigt at være opmærksom på at dem med de sværeste kroniske lidelser ikke må tabes i prioriteringsspillet. Der findes heldigvis dokumentation, som kan hentes frem i den kommende prioritering.

Specialsygehusene vil som nære samarbejdspartnere med det offentlige sundhedsvæsen gerne selv bidrage med projekter og medvirke aktivt i fælles projekter, der bl.a. kan fremme en tidlig indsats og forbedringer for mennesker med udsigt til eller med faktiske kroniske lidelser.



Referencer

- Ad *) administrerende direktører for hhv Filadelfia (herunder Epilepsihospitalet), Vejlefjord og PTU – Polio- og Trafikulykkesramte
- Ad **) Direct and indirect economic and health consequences of *COPD* in Denmark: a national register-based study: 1998-2010 ved Anders Løkke, Ole Hilberg, Philip Tønnesen, Rikke Ibsen, Jakob Kjellberg, Poul Jennum, januar 2014
- *BMJ Open* (Impact Factor: 1.58). 01/2014; 4(1):e004069. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-004069
Source: *PubMed*
- The socioeconomic consequences of *multiple sclerosis*: a controlled national study.
Danish Center for Sleep Medicine, Department of Clinical Neurophysiology, Center for Healthy Aging, Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen, Glostrup Hospital, Copenhagen, Denmark ved Poul Jennum, Bendikte Wanscher, Jette Frederiksen, Jakob Kjellberg
European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology (Impact Factor: 3.68). 06/2011; 22(1):36-43. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2011.05.001. Source: *PubMed*
- The health-related, social, and economic consequences of *parkinsonism*: a controlled national study.
Danish Center for Sleep Medicine, Department of Clinical Neurophysiology, Center for Healthy Aging, Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen, Glostrup Hospital, 2600 Glostrup, Denmark ved Poul Jennum, Marielle Zoetmulder, Lise Korbo, Jakob Kjellberg
Journal of Neurology (Impact Factor: 3.58). 03/2011; 258(8):1497-506. DOI: 10.1007/s00415-011-5969-1
Source: *PubMed*
- The social and economic consequences of *epilepsy*: a controlled national study.
Danish Center for Sleep Medicine, Department of Clinical Neurophysiology, and Center for Healthy Aging, Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen, Glostrup Hospital, Copenhagen, Denmark ved Poul Jennum, Jesper Gyldenborg, Jakob Kjellberg
Epilepsia (Impact Factor: 3.96). 01/2011; 52(5):949-56. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2010.02946.
Source: *PubMed*
- Health, social and economical consequences of sleep-disordered breathing: a controlled national study.
Danish Center for Sleep Medicine, Department of Clinical Neurophysiology, Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen, Glostrup Hospital, DK 2600 Glostrup, Denmark ved Poul Jennum, Kjellberg
Thorax (Impact Factor: 8.38). 01/2011; 66(7):560-6. DOI: 10.1136/thx.2010.143958
Source: *PubMed*

Incitamentsstrukturer

Er der brug for nye incitamentsstrukturer for at udvikle et effektivt og kvalitetsbaseret sundhedsvæsen?

Der er mange ønsker til det danske sundhedsvæsen. Når vi er raske, skal sundhedsvæsenet understøtte og fremme forebyggelse. Når vi er syge, skal det være effektivt, af høj international kvalitet, sikre sammenhængende forløb, have patientsikkerhed og hurtig adgang. Af hensyn til patienttilfredsheden og patientens mulighed for at bidrage til egen sundhed skal sundhedsvæsenet sikre ligeværdig god information og dialog, og det skal tilbyde patienter og pårørende den ønskede grad af medinddragelse.

Af hensyn til medarbejderne skal sikres et godt arbejdsmiljø med gode og klare karriereveje.

Tillige skal forsknings- og uddannelsesopgaver tilgodeses, så fremtidens sundhedsvæsen sikres en fortsat høj kvalitet.

For at alt dette skal lykkes, er der brug for veluddannet og empatisk personale, gode fysiske rammer, tilstrækkeligt og moderne apparatur og god ledelse.

Men det er også vigtigt at se på incitamentsstrukturen. Gode, stærke incitamenter og hensigtsmæssige incitamentsstrukturer vil understøtte den ønskede udvikling, mens uhensigtsmæssige incitamenter vil besværliggøre eller umuliggøre de ønskede mål.

Eksempelvis er det yderst vigtigt, at diverse afregningssystemer – og for den sags skyld overenskomster – understøtter og muliggør god klinisk praksis samt laveste effektive omkostningsniveau.

Dette seminar sætter fokus på incitamentsstrukturerne i det danske sundhedsvæsen. Er de OK – eller er der brug for justering?

Eksperter giver oplæg og holdninger, men seminaret lægger også op til debat og aktiv deltagelse samt networking.

Læs mere på www.dssnet.dk/arrangementer

Incitamentsstrukturer

Er der brug for nye incitamentsstrukturer for at udvikle et effektivt og kvalitetsbaseret sundhedsvæsen?

Tirsdag den 11. november 2014 • Hindsgavl Slot, Middelfart



Seminar
sundh
Oplæg
prakt

Sæt **X**
i kalenderen
ved den
11. november
2014



Dansk Selskab for
i Sundhedsvæsenet